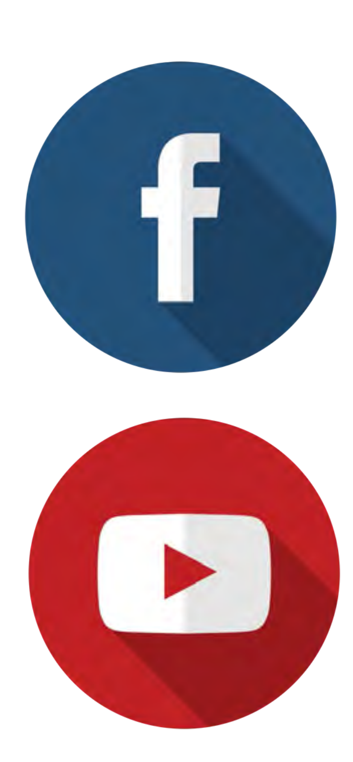
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Maladie Hémorroïdaire

Pr:M.BALAMANE
Service de Gastro-entérologie
CHU Mustapha

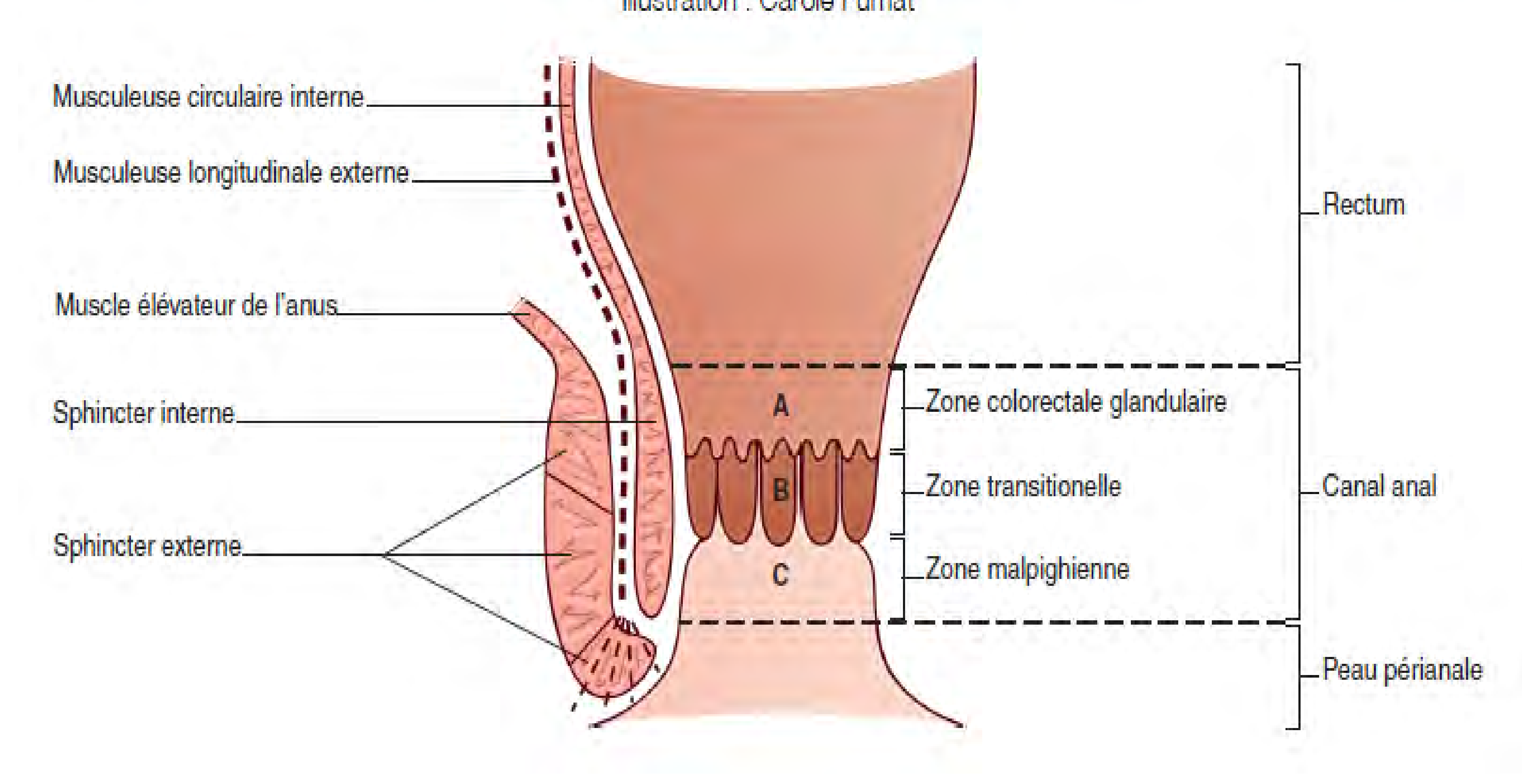
Epidémiologie

- Entité anatomo-clinique mal élucidée
- Prévalence: variable
- Age: 45-65 ans ++, ↑ avec l'âge
- Sexe: ratio 1
- Rôle des antécédents familiaux?
- Facteurs environnementaux?
- Principale affection proctologique

HISTOLOGIE

Figure 5.10 : Les trois zones histologiques (colorectale galandulaire (A), transitionnelle (B) et malpighienne (C)) du canal anal

Illustration : Carole Fumat





Définition

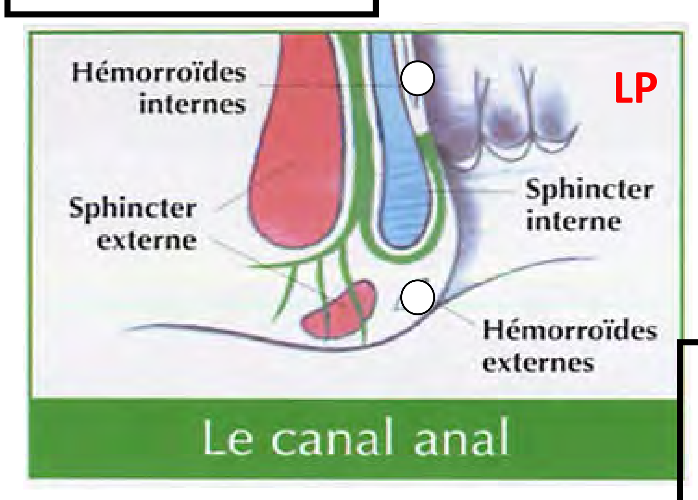


Hémorroïdes: Formations vasculaires particulières au sein d'un tissu de soutien et entourées d'un appareil sphinctérien

Composants anatomiques normaux

Rôle dans la continence fine

- Au dessus de la ligne pectinée
- Recouverts d'une muqueuse



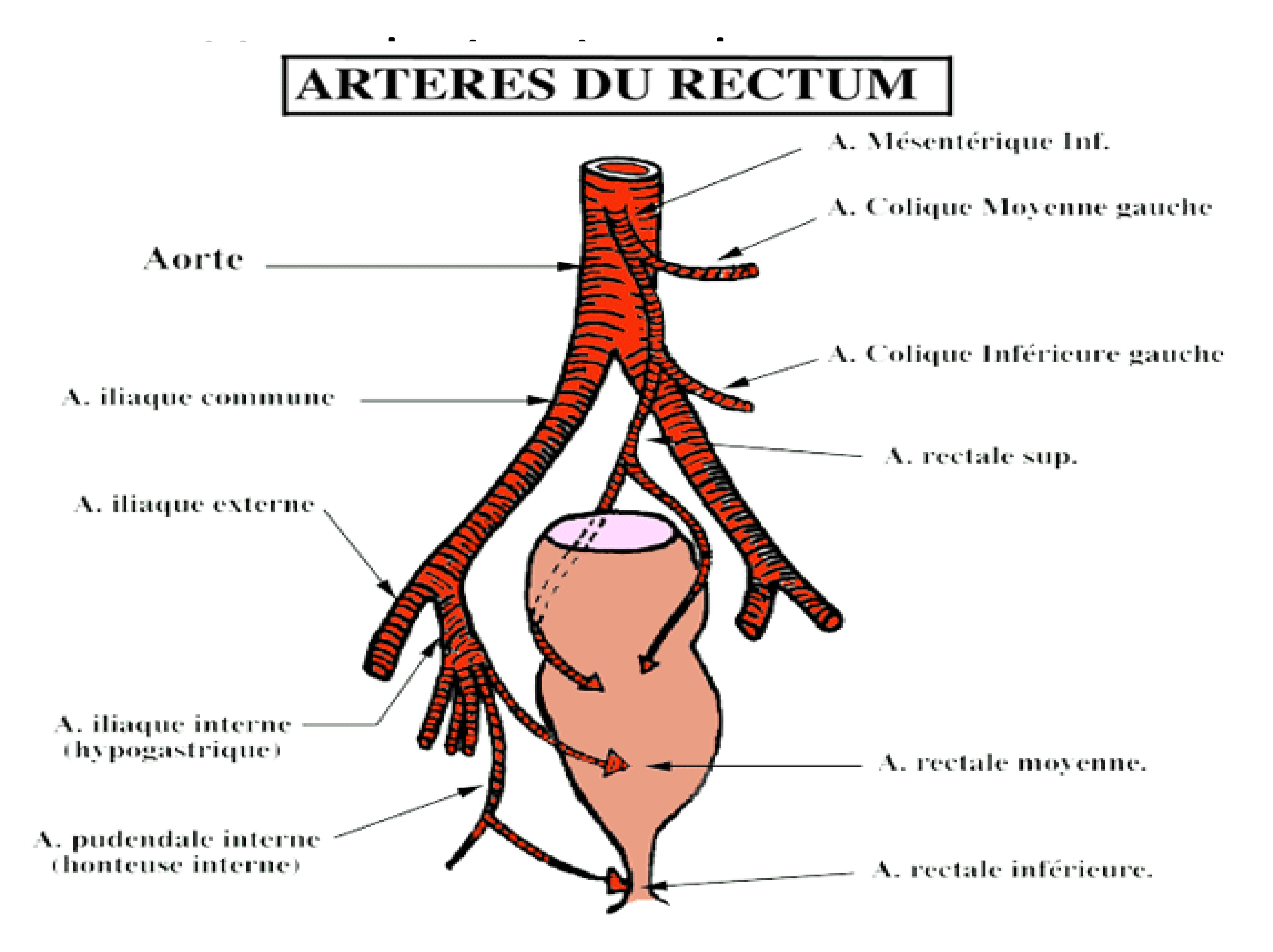
- Au dessous de la ligne pectinée
- Recouverts de peau anale et périanale

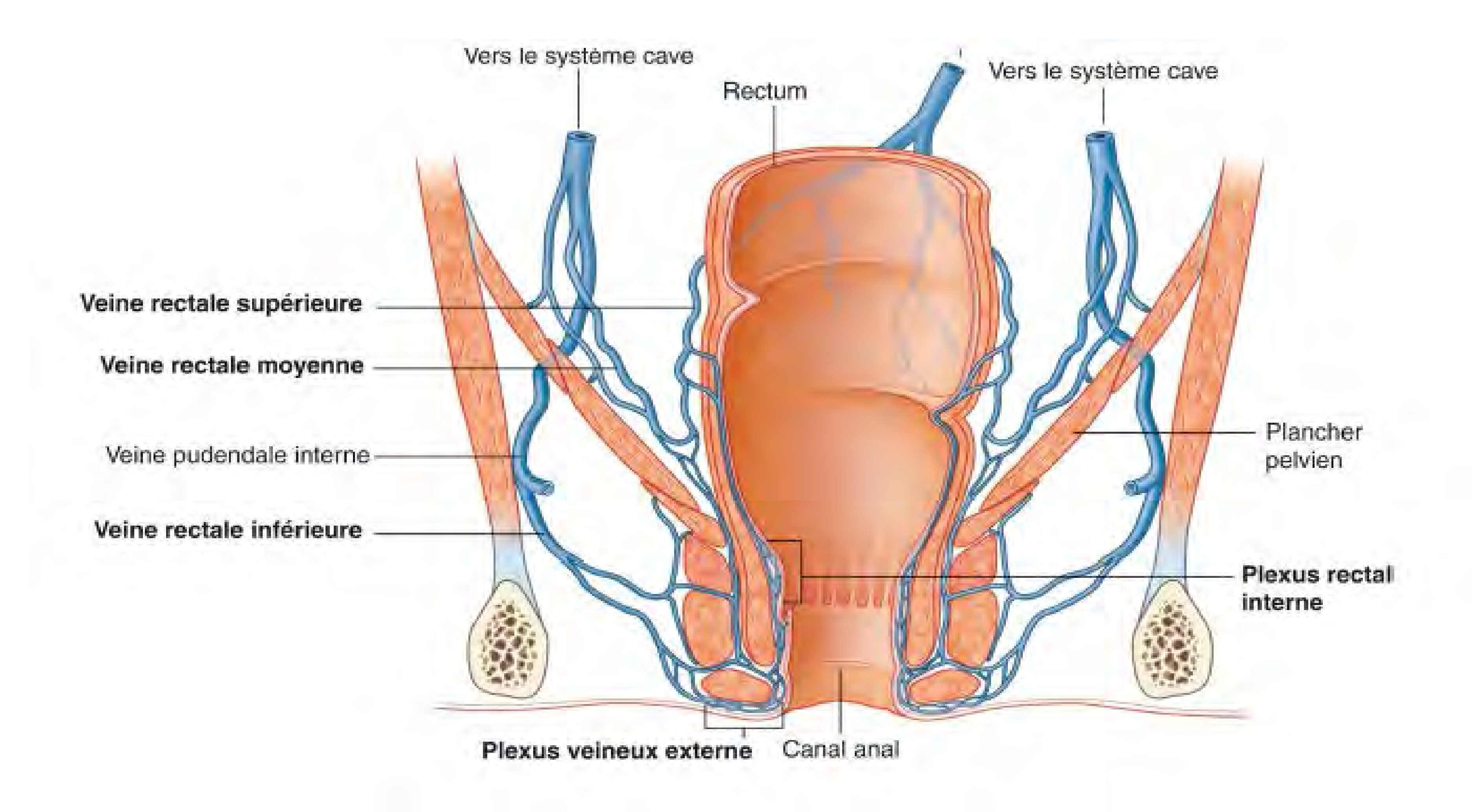


Figure 2-1a – Aspect endoscopique normal du réseau hémorroïdaire interne.

Hémorroïde

- Hémorroïdes
- Les hémorroïdes sont des structures vasculaires physiologiques. Le système veineux endorectal se caractérise par la présence de lacs veineux appendus aux troncs veineux et organisés en deux plexus hémorroïdaires interne et externe.
- Le plexus hémorroïdaire interne, le plus important, est constitué de trois paquets vasculaires situés dans l'espace sous-muqueux, entre la muqueuse du canal anal et le sphincter interne, au niveau et au-dessus de la ligne pectinée.
- Le remplissage et la vidange des lacs vasculaires sont assurés par des shunts artérioveineux venant de l'artère rectale supérieure.


ARTERES DU RECTUM
A. Mésentérique Inf.
A. Colique Moyenne gauche
Aorte
A. Colique Inférieure gauche
A. iliaque commune
A. rectale sup.
A. iliaque externe
A. iliaque interne (hypogastrique)
A. rectale moyenne.
A. pudendale interne (honteuse interne)
A. rectale inférieure.


Vers le système cave
Rectum
Vers le système cave
Veine rectale supérieure
Veine rectale moyenne
Veine pudendale interne
Veine rectale inférieure
Plancher pelvien
Plexus rectal interne
Plexus veineux externe
Canal anal

Éléments vasculaires

- Les travaux sur les éléments vasculaires font ressortir deux phénomènes : la richesse et la variété des anastomoses vasculaires et l'existence de formations péri vasculaires particulières. En effet, ces études distinguent deux types de circulation
- – au *niveau profond, sous-muqueux, les plexus hémorroïdaires sont* constitués d'un réseau de veines présentant de nombreuses dilatations sacciformes ; leur structure rappelle celle d'un tissu caverneux (présence de lacs sanguins, vaisseaux dilatés à paroi épaisse avec une armature élastique, abondance des fentes vasculaires) se comportant comme un réservoir sanguin de capacité variable [; les artérioles, branches terminales de l'artère hémorroïdale supérieure, se vident directement dans le réseau veineux en formant des shunts artérioveineux à plein canal
- – au *niveau superficiel, sous-épithélial, il existe un réseau de* capillaires unis par des shunts artérioveineux classiques de type segment d'arrêt qui ne sont pas fonctionnels dans les circonstances Basales De plus, différents éléments sont en faveur de l'existence d'une régulation neuro-artério-veineuse : la présence de pelotons nerveux péri vasculaires, de cellules de type glomique et d'artérioles douées de fonction vasomotrice

Tissu de soutien

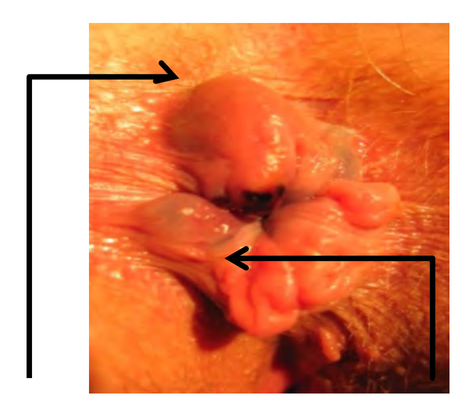
- L'étude des éléments de soutien des espaces sous-épithéliaux fait intervenir deux composantes selon une architecture complexe :
- d'une part, le tissu conjonctif riche en fibres élastiques et en fibres de collagène entourant les formations vasculaires et, d'autre part, des faisceaux de fibres musculaires lisses et striées venant du

sphincter interne, de la couche longitudinale complexe et de la muscularis mucosae du rectum.

Pathologies hémorroïdaires

Tous les humains ont des hémorroïdes internes et externes

Hémorroïdes externes



Hémorroïdes externes
avec thrombose et marisques

Hémorroïdes internes



Prolapsus hémorroïdaire



Hémorroïdes internes responsables de saignement

Les hémorroïdes

- Motif très fréquent de consultation
  - Généralistes
  - Gastro-entérologues : 20% des consultations

- On peut penser que presque tout le monde a souffert ou souffrira de ses hémorroïdes au moins une fois dans sa vie.

Physiopathologie

Théorie mécanique

Erosions et saignement de type artériolaire

↑

↑ Volume et fragilisation de la muqueuse hémorroïdaire

↑

Distension des structures vasculaires

↑

Dégradation du tissu conjonctif de soutien

↓

Altération et hyperlaxité des moyens de fixation des plexus hémorroïdaires

↓

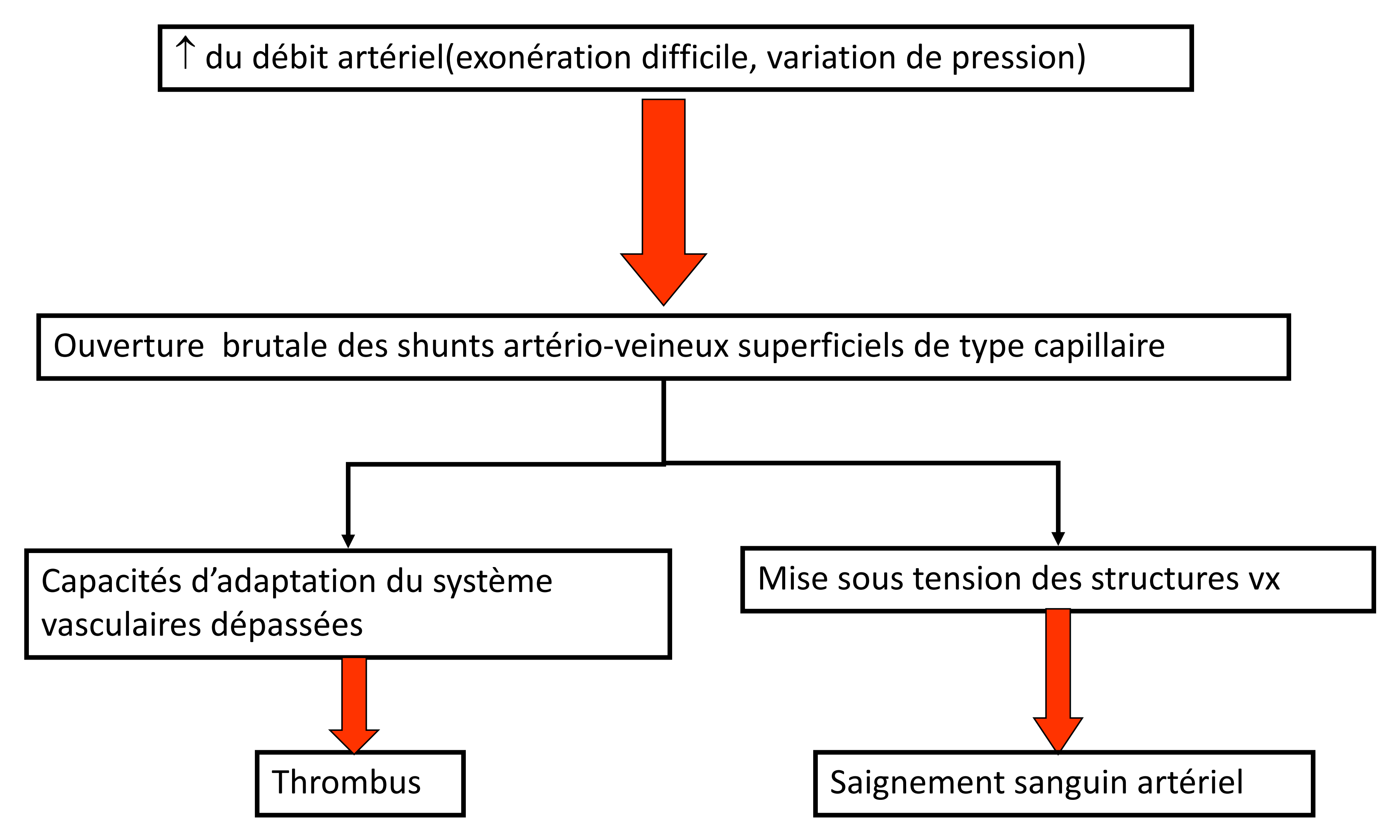
Mobilisation anormale et extériorisation lors des efforts

↓

Prolapsus

Physiopathologie

Théorie vasculaire



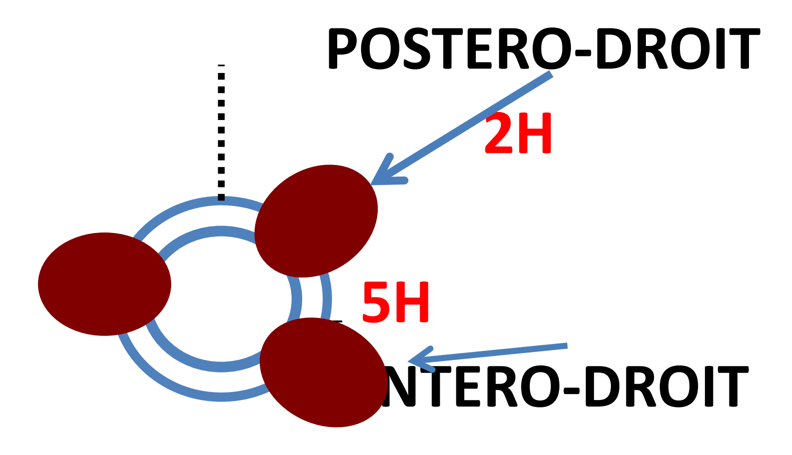
Hémorroïdes internes

LOCALISATION DES PA[redacted]

INTERNES

POSTERIEUR (inconstant)

12H



9H

LATERAL GAUCHE

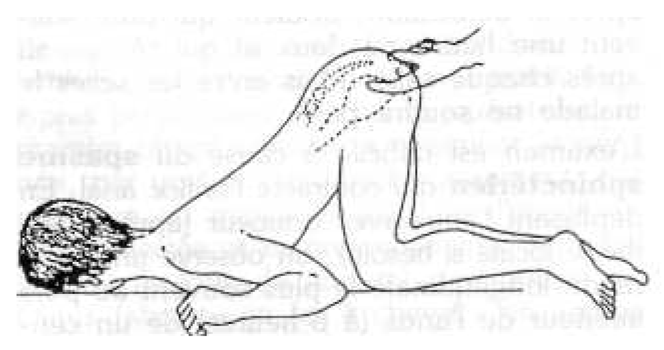
Examen proctologique

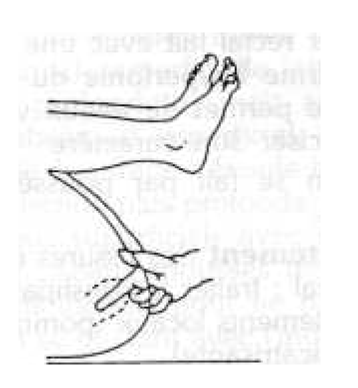
Inspection / palpation marge anale

Toucher rectal

Endoscopie: anuscopie/rectoscopie









Au repos et aux efforts de poussée

Ne jamais traiter un anus sans l'examiner

La douleur des hémorroïdes

Secondaire à :

- Thrombose ++
- Prolapsus ulcéré

Permanente en rapport avec une ou plusieurs tuméfactions

Différente de la douleur

- Fissuraire (déclenchée par la selle)
- De l'abcès (permanente, pulsatile et sans ou faible tuméfaction)

Le saignement des hémorroïdes

Typique

- Éclaboussant la cuvette (hémorroïdes internes)

Sur le papier d'essuyage ou sous vêtements (plus rare)

- Prolapsus hémorroïdaire interne extériorisé (Grade 4)
- Extériorisation de caillot d'une thrombose externe en cours de cicatrisation

Différent de

- La fissure (sur le papier avec douleur défécatoire)
- Origine sus-jacente (entourant les selles +/- avec symptômes digestifs, terrain)
- Tumeur anale (sur le papier avec tuméfaction anale)

Tuméfaction et hémorroïdes

- Soit prolapsus hémorroïdaire interne extériorisé
  - Indolore
  - Après la selle
    - Grade 2 → réintroduit spontanément
    - Grade 3 → réintroduit avec doigts
    - Grade 4 → en permanence
- Thromboses externes (douloureuses)
- Marisques (indolores, flasques)

Les autres petits signes des hémorroïdes

Prurit

- Marisques
- Prolapsus lichénifié

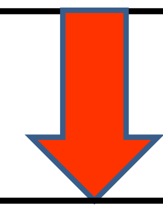
Suintements

- Prolapsus permanent Grade 4

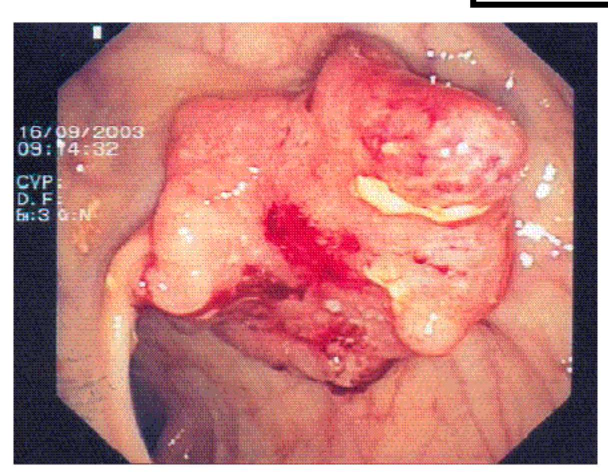
Manifestations cliniques
Saignement

- Sang rouge vif: saignement artériel ++
- Arrosant la selle
- Anémie

Ne jamais oublier de rechercher un cancer colorectal ++++



Exploration colorectale: coloscopie +++







Intérêt ????

Manifestations cliniques
Douleur

Thrombose hémorroïdaire interne souvent avec prolapsus

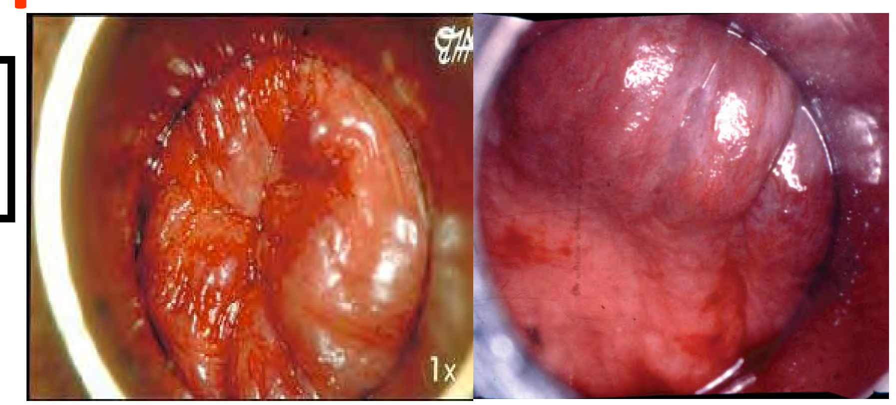


Autres signes : suintement, prurit

Manifestations cliniques
Prolapsus

Grade 1

Hémorroïdes internes visibles/l'anuscopie



Grade 2

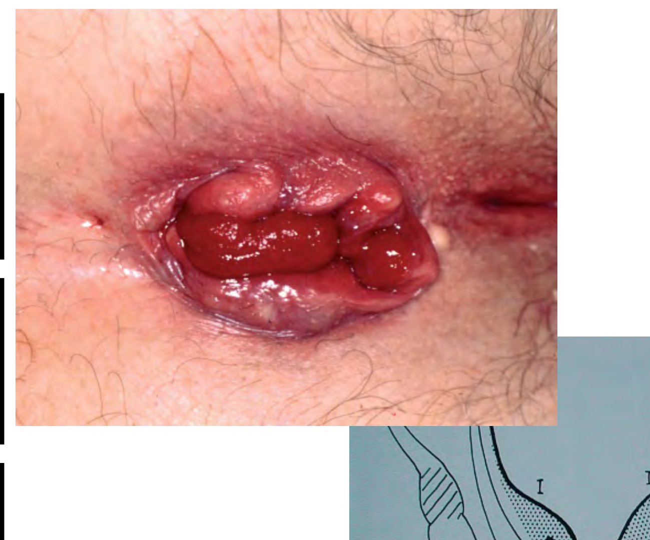
Prolapsus spontanément réductible

Grade 3

Prolapsus réductible au doigt

Grade 4

Prolapsus irréductible



Classification
Critiques

- Exclut la thrombose et les H.externes
- Ne précise pas le caractère localisé ou circulaire
- Suggère à tort une relation directe entre l'intensité du symptôme et l'apparence des hémorroïdes

- Oriente la décision thérapeutique: T.instrumental ou chirurgical
- Permet d'évaluer le traitement



Grade?



Prolapsus permanent: grade?

Diagnostic différentiel

Prolapsus rectal

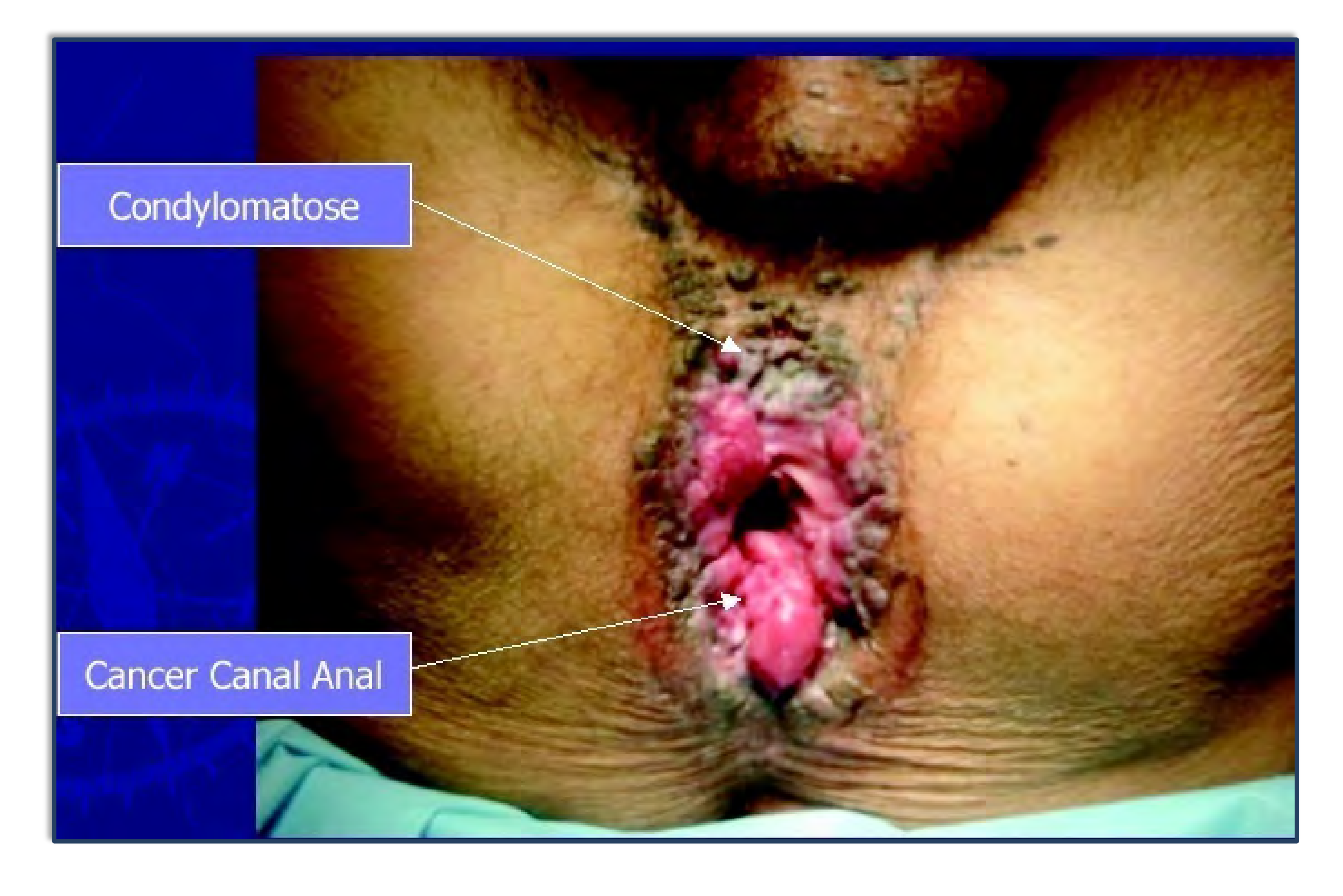




Aspect bourgeonnant



Aspect ulcéro-bourgeonnant


Condylomatose
Cancer Canal Anal

Aspect fissuraire



Hémorroïdes externes

Manifestations cliniques

Thrombose de la marge anale +++

Douleur permanente, non rythmée par la défécation, d'emblée maximale, d'intensité variable







Diagnostic différentiel
Abcès de la marge anale

Douleur d'intensité croissante, continue, insomniante

Syndrome infectieux

Tuméfaction rouge, lisse, tendue





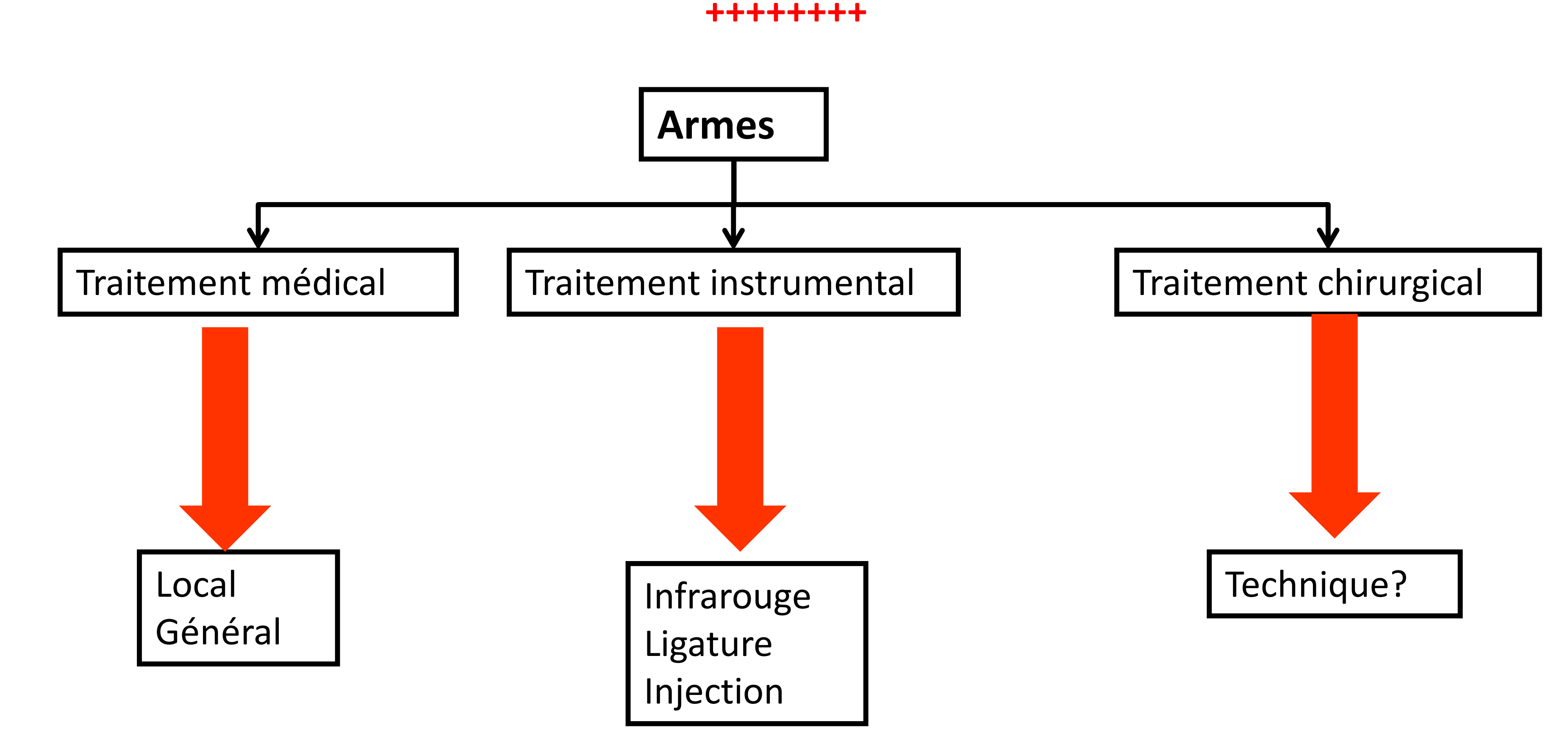
Traitement

Traitement

But

Supprimer les symptômes en rapport avec les hémorroïdes

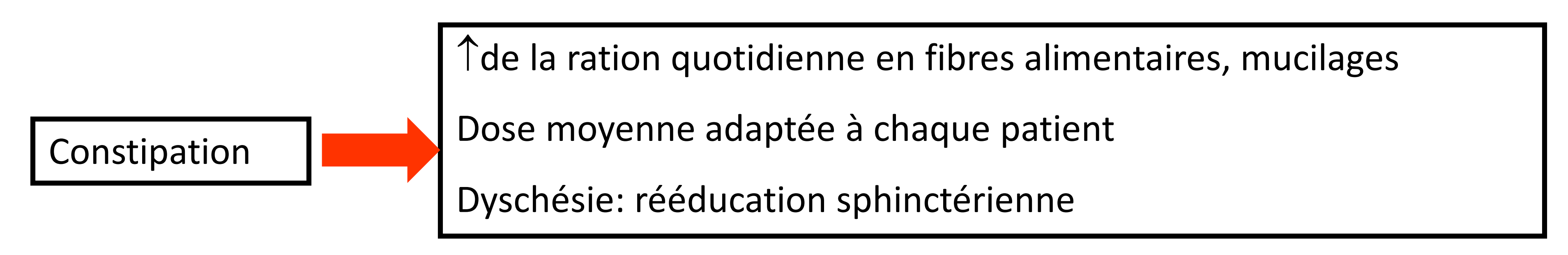
Ne pas traiter des hémorroïdes asymptomatiques même si elle sont volumineuses ++++++++

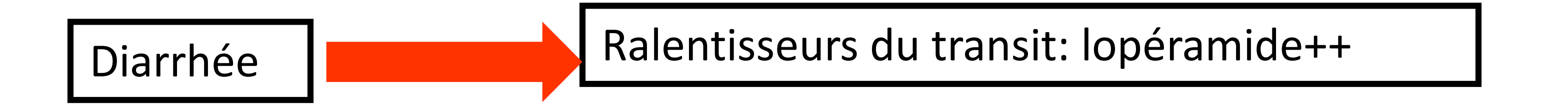


Traitement médical

Règles hygiéno-diététiques et modificateurs du transit

Corriger les troubles du transit intestinal: diarrhée ou constipation ++





Faut il recommander d'interrompre toute prise d'excitants (épices, tabac, alcool, café..)?

Traitement médical

Traitements locaux

- Crèmes, suppositoires
- Largement utilisés dans les manifestations aigues: pas de données validant leur utilisation
- Associant phlébotoniques, anti-inflammatoires, antiseptiques, anesthésiques, antispasmodiques ou anticoagulants
- Laxatifs locaux: ne pas utiliser en période symptomatique (préparation pour rectoscopie?)

Utilisation à titre préventif ou sur le long terme non justifiée

Traitement médical

Veinotoniques

Veinotoniques(phlébotoniques, phlébotropes): effet vasculotrope ± anti-inflammatoire

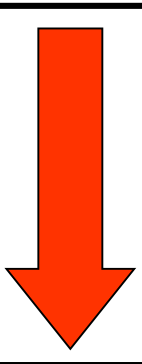
Diosmine(forme micronisée): à forte dose 3 puis 2 gr/jour

Autres: dérivés du Ginkgo biloba, troxérutine, rutoside….): efficacité similaire / diosmine

Atténuent les symptômes au cours de la poussée (douleur, prolapsus, saignement) mais pas d'efficacité sur le long cours ou sur la thrombose hémorroidaire

Diosmine bien tolérée chez la femme enceinte++

Faut il associer un traitement local et un traitement par voie générale?



Pas de bénéfice démontré cependant largement utilisée?????

Traitement médical

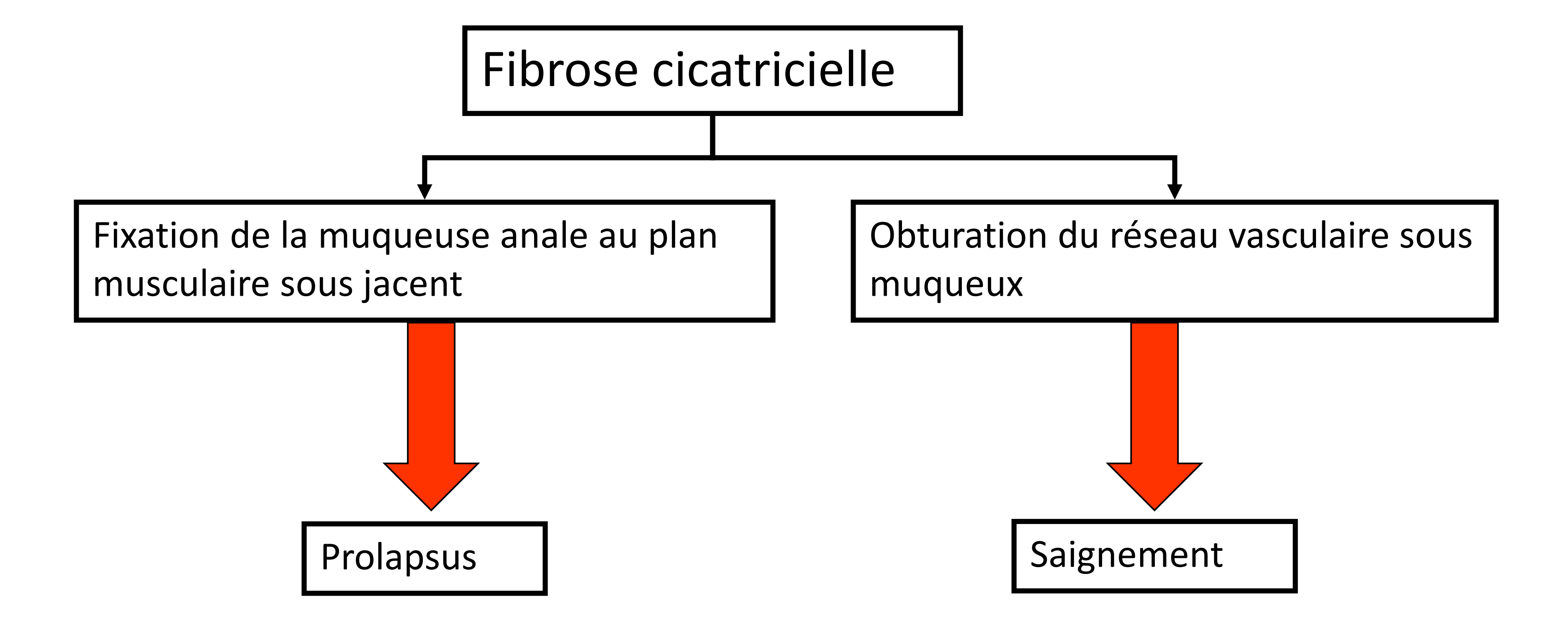
Anti-inflammatoires, antalgiques

Douleur en cas de manifestations oedèmato-thrombotiques internes ou externes

- AINS: les plus efficaces (effet anti-inflammatoire et antalgique)
- Corticoïdes: si contre indication des AINS (femme enceinte ou allaitant)
- Antalgiques: paracétamol

Aspirine: risque hémorragique ?

Traitement instrumental



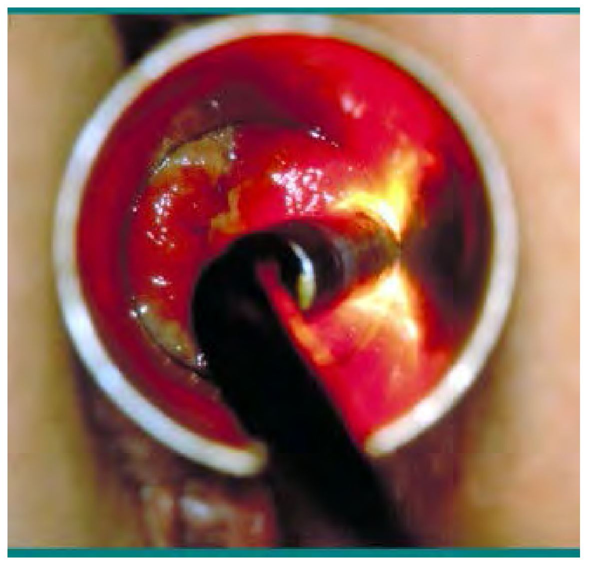
Ligature élastique: élimination par strangulation d'une partie du paquet hémorroïdaire interne



Traitement instrumental

Photocoagulation infrarouge

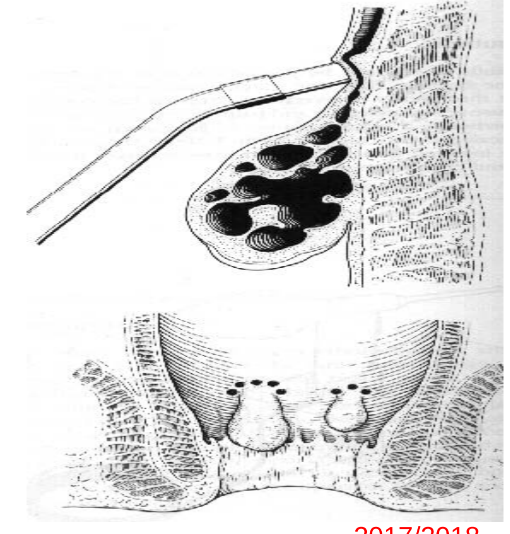






Plusieurs impacts séparés de 8 à 10 mm

2-4 séances à 3-4 semaines d'intervalle



Traitement instrumental
Photocoagulation infrarouge

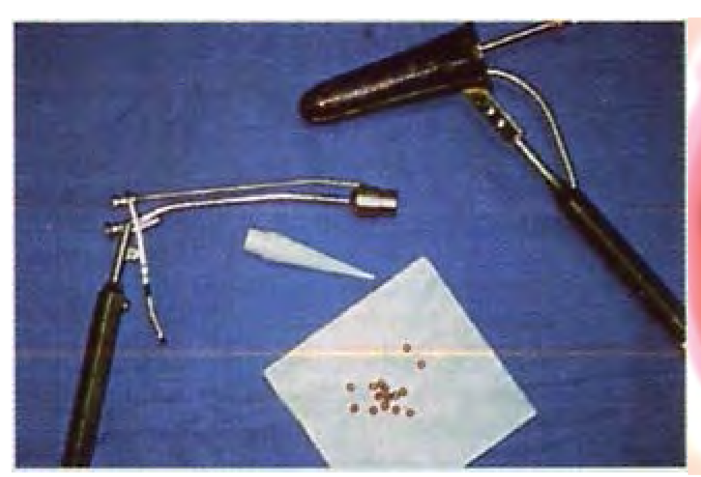
Pas de complications ou séquelles graves rapportées

Effets II: gène transitoire, douleurs modérées 48h, saignement 7-10 ème jour

Meilleure indication: MH grade 1 avec saignement

Traitement instrumental

Ligature élastique



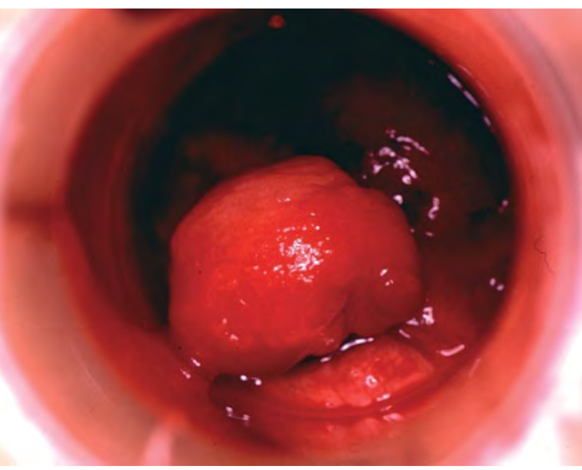
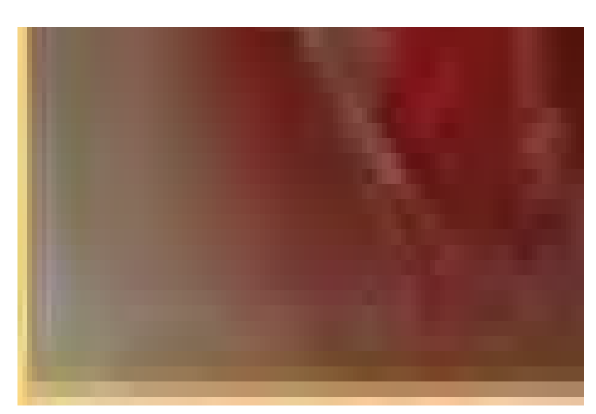




Figure 2-9 – Aspect après mise en place de deux élastiques.



Ligature d'un paquet par séance: 2-4 séances à un mois d'intervalle

Peut on faire plus d'une ligature la même séance?

Traitement instrumental

Ligature élastique

Effets secondaires(fréquents):

- Douleur immédiate si élastique posé près de la ligne pectinée → ablation
- Inconfort, douleur modérée, saignement minime jusqu'au 10ème jour
- Thrombose hémorroïdaire interne ou externe: 1-5% des cas

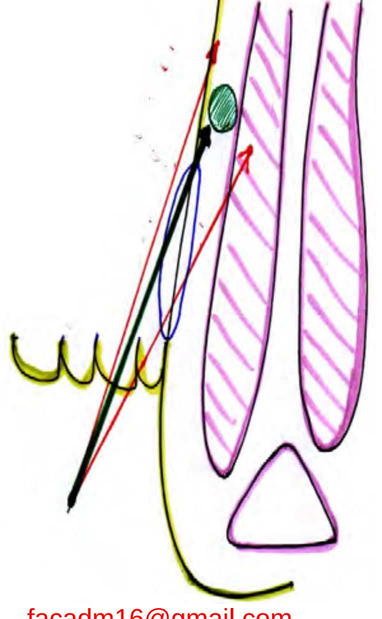
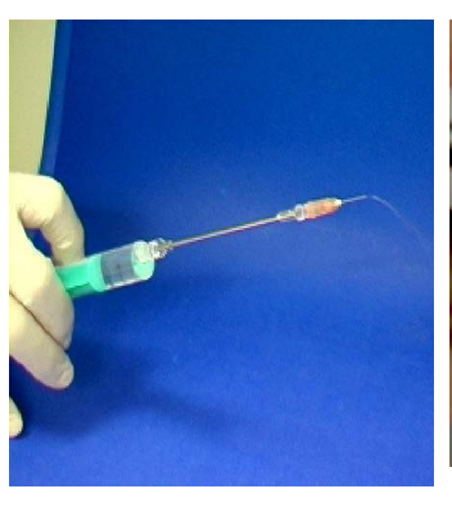
Complications:

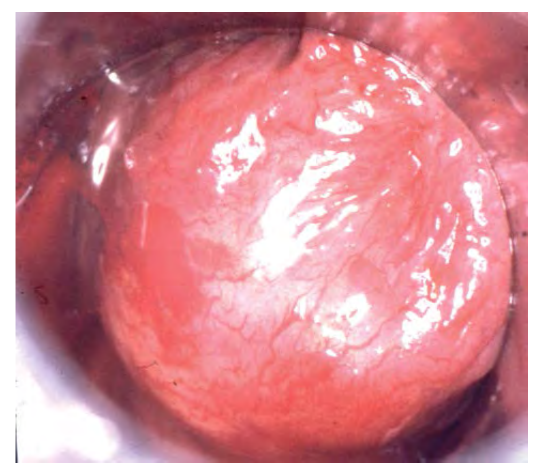
- Saignement abondant par chute d'escarre 5-12ème jour: 0.2-2% des cas hémostase chirurgicale
- Infectieuses: cellulites pelviennes à anaérobies (15 cas décrits avec 6 décès liés à un diagnostic tardif)
  - -Diagnostic évoqué en cas de douleurs pelviennes et troubles urinaires au delà du 2ème jour
  - -Antibioprophylaxie au métronidazole pendant 48heures?

Traitement instrumental

Injections sclérosantes

- Seringue reliée à un prolongateur métallique
- Chlorhydrate double de kinine et d'urée
- Injection tangentielle sus hémorroïdaire dans la sous muqueuse
- Points diamétralement opposés
- 2-5 ml par points
- Séances espacées de 2-4 semaines



Traitement instrumental

Indication

- MH symptomatique grade 1 ou 2: prolapsus et/ou saignement
- A discuter: grade 3 localisé

Contre indications

- Fissure anale associée: phénomènes inflammatoires et fibrose pouvant aggraver les symptômes
- Thrombose H. interne et/ou externe
- Suppuration ano-périnéale
- Immunodépression avérée
- Colite inflammatoire active ou non
- Troubles de la coagulation
- Femme enceinte: injections sclérosantes ++, ligature?, infrarouges oui

Traitement instrumental

Avantages

- En ambulatoire
- Préserve le tissu hémorroïdaire
- Efficacité immédiate
- Rapport cout/efficacité: bon

Inconvénients

- Accidents parfois graves:
  - Hémorragie
  - Sepsis
- Taux de récidive ↑:
  - 1 an: 50% sclérose et injections sclérosantes
  - Ligature: 75 à 90% à 3 ans

Traitement chirurgical

2methodes chirurgicales

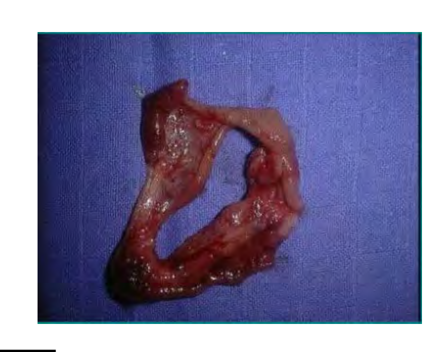
1)Opération de Longo: résection circulaire d’une collerette circulaire de la muqueuse rectale

2)Résection pédiculaire

Traitement chirurgical

Opération de Longo

Hémorroïdectomie circulaire



Exérèse d'une collerette circulaire de muqueuse rectale

Avantages

- Corrige le prolapsus muco-hémorroïdaire sans hémorroïdectomie
- Absence de plaie opératoire: soins post-op -
- Risque d'incontinence anale ↓
- Suites op. plus simples, meilleur confort, durée d'hospitalisation réduite

Inconvénients

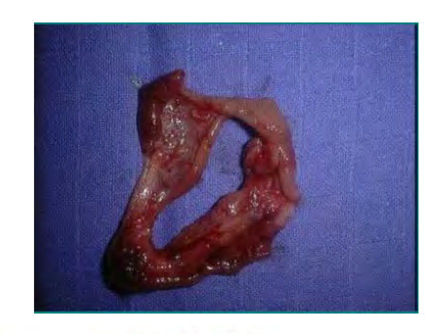
- Résultats à long terme inconnues
- Récidive du prolapsus stade 4++
- Risque de complications:
    - Ligne de suture: saignement, sténose
    - Douleurs prolongées post-op

Meilleure indication: prolapsus circulaire grade 3

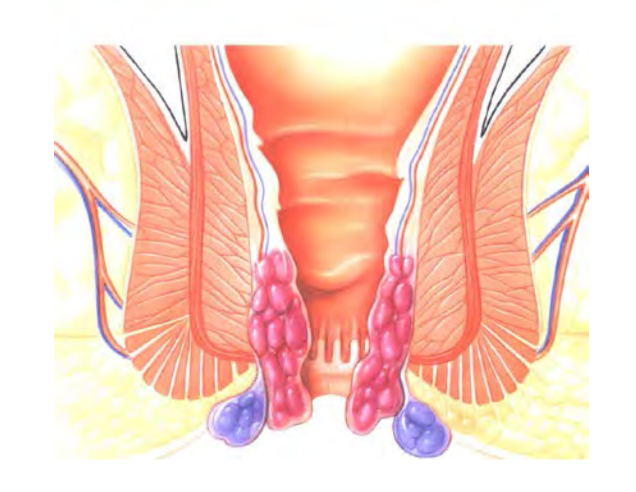
Traitement chirurgical

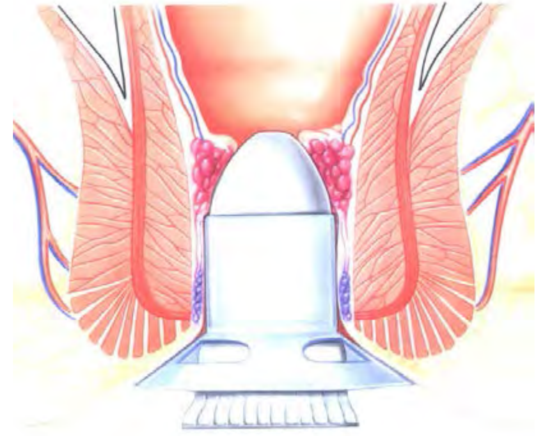
Opération de Longo

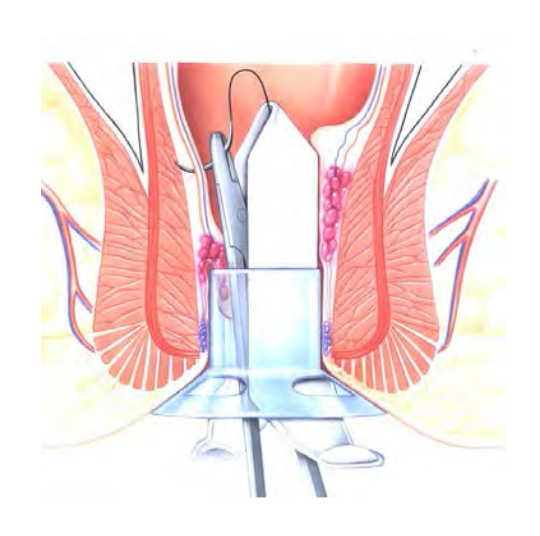
Hémorroïdectomie circulaire

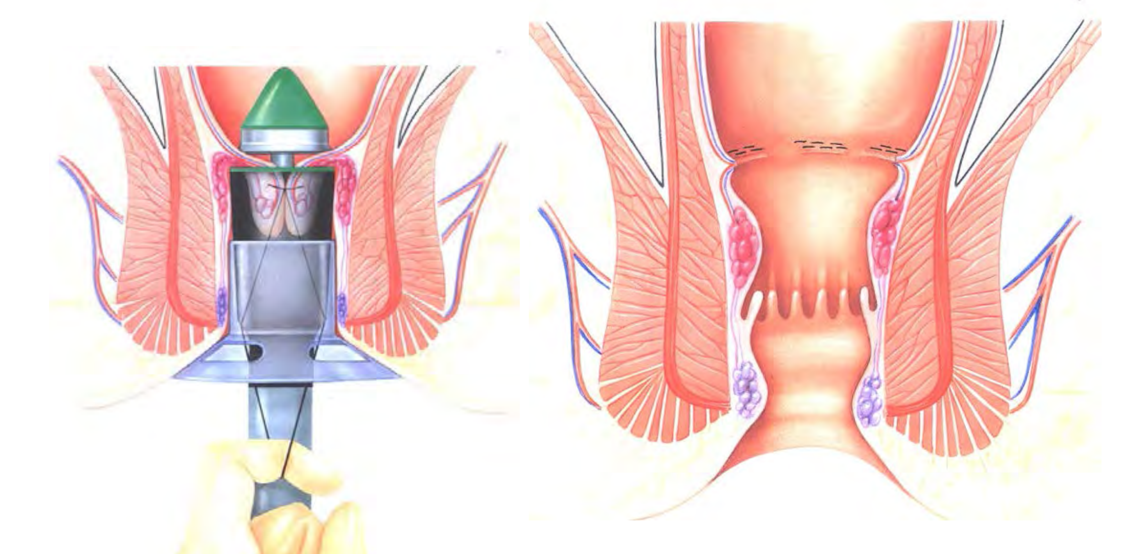












Traitement chirurgical

Résection pédiculaire

- Dissection des paquets hémorroïdaires selon la disposition anatomique des 3 axes artériels
- Ligature de la partie haute du paquet hémorroïdaire
- Résection du paquet hémorroïdaire
- Traitement des plaies et des ponts cutanéo-muqueux: variés selon les écoles



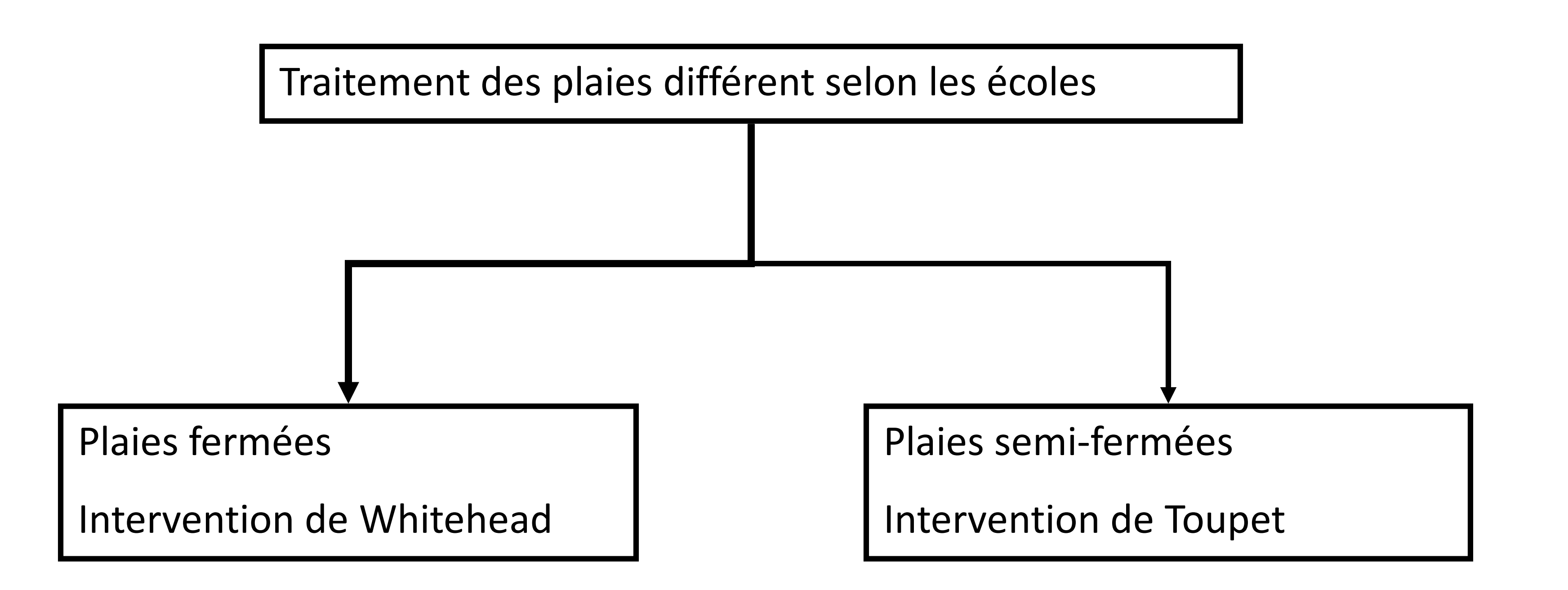


Milligan et Morgan	Semi-fermées	Plaies fermées
Plaies laissées ouvertes	Technique de Parks	Technique Fergusson

Pas d'influence sur la morbidité et le résultat à moyen terme

Traitement chirurgical

Résection circulaire



Traitement chirurgical

Résection

Avantages

- La plus efficace pour la procidence: récidive à long terme rare 1-5%
- Répond à la totalité des situations anatomiques

Inconvénients

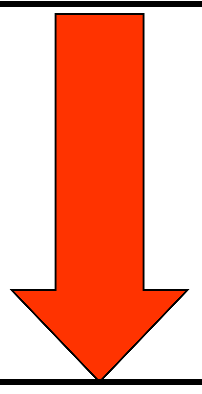
- Soins locaux pot-opératoires
- Cicatrisation lente: 40-70 jours
- Effets II post-op:
  - Douleur: AINS++
  - Hémorragie: ≈4%
  - Troubles urinaires
  - Fécalome: laxatifs doux en préop
  - Infectieuses

Complications tardives

- Incontinence 2-10%: fact. de risque(dilatation, sphinctérotomie interne, écarteur, lésions sphinctériennes occultes..) → évaluer préopératoire+++
- Sténose: <4%, traitée par dilatation

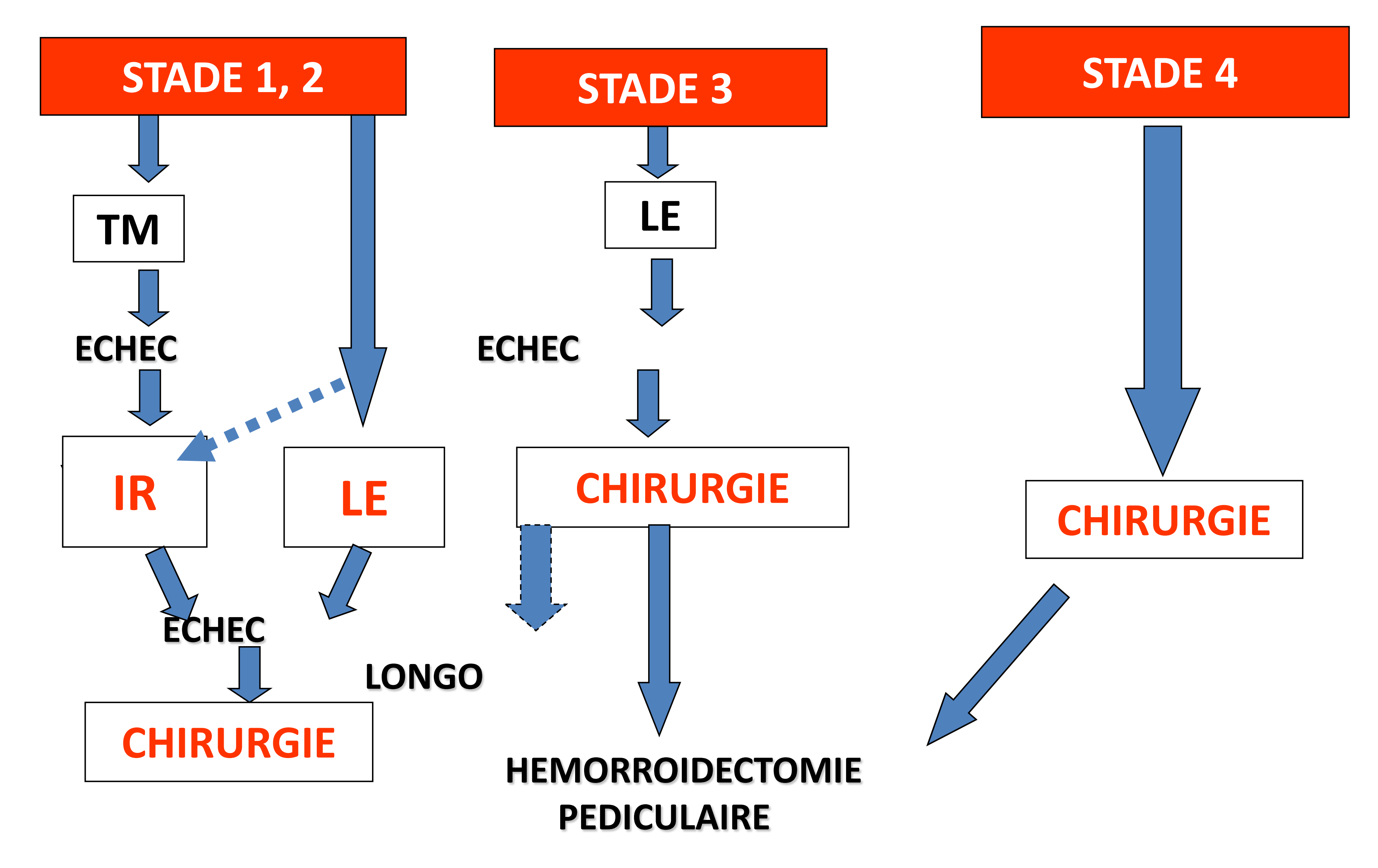
Indication: prolapsus hémorroïdaire stade 4+++

Faut il faire une analyse histologique de la pièce opératoire?



- Cancer sur pièce rare en l'absence d'anomalies macroscopiques
- Etude rétrospective: 1 cas sur 21257 pièces
- Pas d'analyse systématique recommandée sauf si lésion suspecte

INDICATIONS



Thrombose hémorroïdaire externe
Incision ou excision















Thrombose hémorroïdaire externe
Incision ou excision

Incision: plaie minime peu douloureuse qui cicatrise en 48 h mais risque de récidive e œdémateuse immédiate et marisque résiduelle

Excision: cicatrise en 2-3 semaines, suintement séro-hémorragique minime, douleur modérée(antalgiques).

Soins locaux / antiseptiques jusqu'à cicatrisation

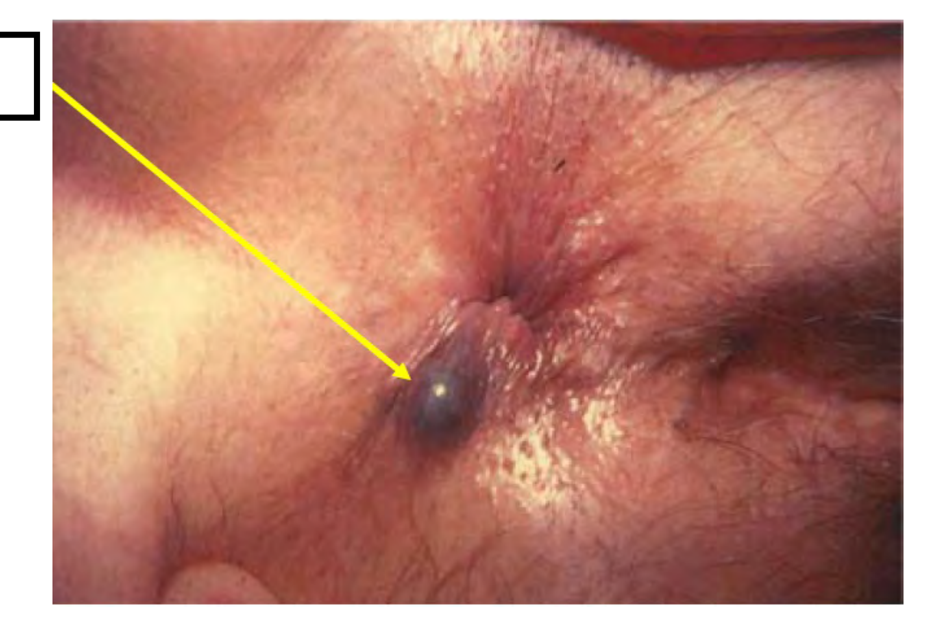
Pas d'anticoagulants ou antiagrégants

Conclusion

- Les hémorroïdes sont des structures anatomiques normales et le traitement ne s'adresse qu'aux hémorroïdes symptomatiques
- Ne pas méconnaitre un cancer recto-colique en cas de rectorragies
- Le seul traitement médical validé repose sur les régulateurs du transit intestinal
- La photocoagulation infra-rouge est utilisée en 1ère intention en cas d'hémorroïdes hémorragiques grade 1
- La ligature élastique est efficace en cas de prolapsus grade 2 ou 3 localisé
- L'anopexie circulaire est une indication de référence en cas de prolapsus circulaire grade 3
- L'hémorroïdectomie pédiculaire est proposée dans le grade 4

Mr K.N agé de 52 ans sans antécédents particuliers consulte pour proctalgies intenses continues évoluant depuis 12 heures.

Examen clinique



Quel est votre diagnostic et conduite à tenir?